

**PSIXOAKTIV MODDALARNI ARALASH – KOMBINATSION QO'LLASH TUFAYLI
YUZAGA KELGAN QARAMLILIK SINDROMINING MODIFIKATSION
PROFILAKTIKASI VA DAVOLASH TAMOIYILLARI: QIYOSIY TAHLILLAR
Sh. X. SULTONOV., J.S. BABAYEV., G.F. GOPUROVA., D.A. O'ROLOVA.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti,

3 – son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrası

Резюме: Представлены современные взгляды на классификацию, диагностику и лечебно-профилактические мероприятия синдрома зависимости, вызванного сочетанным употреблением нескольких психоактивных веществ (ПАВ). Описаны общие закономерности формирования и течения заболевания, паттерны употребления, вопросы лабораторной диагностики. Особое внимание уделено клинической диагностике наиболее часто встречающихся моделей употребления различных ПАВ. Для того чтобы составить и предложить читателю наиболее полную базу по доказательным стратегиям терапии различных вариантов полинаркомании, были изучены результаты тех исследований, которые включали пациентов, использующих более одного ПАВ не менее чем за 1 мес до начала лечения. Раздел, посвященный терапии, изложен в качестве клинических рекомендаций с учетом уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций.

Ключевые слова: классификация, диагностика, психопатология, полинаркомания, лечение, профилактика рецидивов, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Summary: This article presents current views on the classification, diagnosis, treatment, and prevention of drug dependence caused by the co-use of several psychoactive substances (PASs). It describes the fundamental regularities of the development and course of the disease, the patterns of consumption, and the issues of laboratory diagnosis. Particular attention is paid to the clinical diagnosis of the most common patterns of use of various PASs. In order to make and propose the reader the most complete basis for evidencebased strategies for the treatment of various variants of polydrug abuse, the authors studied the results of investigations that enrolled patients using more than one PAS at least 1 month before the start of treatment. The section on therapy is presented as clinical recommendations, taking into account the levels of evidence and the grades of recommendations.

Keywords: classification, diagnosis, physiopathology, polydrug abuse, treatment, prevention of recurrences, psychoactive substance-related disorders.

Psixoaktiv moddalar - bu iste'mol qilinyotganda ruhiy jarayonlarga, masalan, kognitiv va emotsional – kayfiyat sferaga ta'sir qilib, qabul qiluvchida dastlab yetarlicha kerakli effektlarni keltirib chiqaradi va keyinchalik suiste'mollik va qaramlikning rivojlanishiga olib keladigan moddalar.

Hozirgi kunda dunyoda polinarkomaniya o'sishining kuchli tendentsiyasi kuzatilmoqda, uning tarkibida giyohvandlik vositalari va retsept bo'yicha beriladigan psixoaktiv dori vositalarini birgalikda ishlatish ustunlik qiladi [1]. Bu tendentsiya 2000 -yillarning boshidan boshlab, G'arbiy Yevropaning bir qator mamlakatlarida (Ispaniya, Frantsiya, Italiya, Gollandiya, Buyuk Britaniya) poligiyohvand moddalarni iste'mol qilishning ko'payishi haqida xabarlar chiqa boshlagandan so'ng aniq sezila boshladi, shuningdek morfin, benzodiazepin trankvilizatorlari va alkogol kombinatsiyasidan foydalanish natijasida vafot etganlar sonida ko'payish kuzatila boshlandi[2] . Xuddi shu holat Rossiyada ham kuzatilmoqda. So'nggi yillardagi epidemiologik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, polinarkomaniya holatlarining umumiy ko'rsatkichlari (F19 - bir nechta psixoaktiv moddalar – PAM dan kelib chiqadigan ruhiy va xulq -atvor buzilishi) yildan -yilga barqaror o'sib bormoqda. Shunday qilib, agar biz narkologik kasalliklarning tarkibini ko'rib chiqsak, u holda

polinarkomaniya bilan kasallangan bemorlarning ulushi 2013 yilda 8,3%ni, 2014 yilda - 10,6%ni, 2015 yilda - 12,9%ni, 2016 yilda - 15,8%ni tashkil qilgan[3-5] .

Polinarkomaniya ulushining ko'payishi narkologik kasalliklarining zamonaviy patomorfizmining asosiy tendentsiyalaridan biridir [2]. Polinarkomaniya paydo bo'lishining sabablari turlicha: psixofaol moddaning uzoq muddat ishlatilishida paydo bo'ladigan eyforik ta'sirining kamayishi, bir necha psixofaol moddalarning dastlabki qabul qilinishi, boshqa psixofaol moddalarning vikar ishlatilishi va shu kabilar tez orada PAMga qaramlilik sindromi shakllanishiga yordam beradi, oxir -oqibat o'zini polinarkomaniya sifatida namoyon qiladi. Shuningdek bu yerda shaxsning xususiyatlari va uning ta'sirga javob reaksiyasi bilan bog'liq boshqa sabablar ham bor.

Yevropada eng ko'p ishlatiladigan giyohvandlik moddallari hozirda geroinni metadon, benzodiazepinlar yoki kokain, nasha, stimulyatorlar bilan birgalikda ishlatish (kokain spirtli ichimliklar yoki stimulyatorlar bilan birgalikda) [2]. Ispaniyalik tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, bir nechta psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatadigan bemorlar orasida quyidagi holat kuzatiladi: kokain va opiatlarni birgalikda ishlatish chastotasi 37%, stimulyatorlar, opiatlar va benzodiazepinlar - 25,3%, opiatlar , kannabinoidlar va alkogol - 12, 9% va spirtning turli PAM lar bilan kombinatsiyasi 24,7% hollarda uchraydi [6].

Amerika Qo'shma Shtatlarida ham foydalanish tartibi Yevropadagi kabi: opioidlar bilan birgalikda ishlatiladigan eng keng tarqalgan psixofaol moddalar kannabinoidlar, trankvilizatorlar va stimulyatorlardir [7].

Rossiyada opiy guruhi dori-darmonlarini retsept bo'yicha beriladigan dorilar bilan (antixolinergiklar, antikonvulsantlar), opiy guruhidagi dori-darmonlarni amfetamin tipidagi psixostimulyatorlar bilan birgalikda ishlatish eng keng tarqalgan namunalaridir, shuningdek spirtli ichimliklarni opiy preparatlari bilan kombinatsiyasi ko'p uchraydi.

Klinik tashxisni ham, davolanishni ham murakkablashtiruvchi omil - bu bir nechta PAMni birgalikda ishlatadigan bemorlar orasida psixiatrik patologiyaning tez -tez uchrab turishidir. Masalan, ilmiy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, o'smirlik davridagi polinarkomanik psixofaol moddalarni iste'mol qiladigan bemorlarda ko'pincha har xil turdagi jamiyatga antisotsial xulq – atvor buzilishi, balog'at yoshida diqqat yetishmasligi va giperfaollik sindromi, boshqa shaxsiyat buzilishlari, xavotirli va depressiv kasalliklar, endogen ruhiy kasalliklar (shizofreniya, shizotipik buzilish va boshqalar) kuzatiladi [8-10]. Shuningdek, so'nggi o'n yillikda o'tkazilgan metaanalizlar ruhiy kasalliklari bo'lgan bemorlar orasida psixofaol moddalardan foydalanish chastotasi ortib borayotgani haqida dalillar mavjud, va aksincha, epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, shizofreniya va shizofreniya spektrining buzilishi (shizotipik buzilish, shizoaffektiv psixoz) alkogolga chalingan bemorlarning 9,6 %foizida va opioidga qaram bemorlarning 9,4 %foizida aniqlanadi [11-13].

Polinarkomaniya masalasi, uni tasniflash, ularning soddaligiga qaramay, hali ham dunyo ilmida, munozaralarga sabab bo'lib turibdi. KXT – 10 bo'yicha "Giyohvand moddalar va boshqa psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatish natijasida kelib chiqadigan ruhiy va xulq-atvor buzilishi" bo'limi (F19) yuqoridagi patologiyani tasnifini yoritib beradi xolos. Bu shifr quyidagi holatlarni kodlashi mumkin:

1) bir nechta psixoaktiv moddalarga qaramlik sindromi (sinonimi: polinarkomaniya) - ishlatilgan psixofaol moddalardan har biriga qaramlik sindromiga xos bo'lgan diagnostika mezonlari (patologik xumor, xumor tutishi sindromi, tolerantlik sindromi) mavjud bo'lganda bir vaqtning o'zida yoki navbat bilan ikki yoki undan ortiq psixoaktiv moddalarni ishlatishdan kelib chiqadigan kasallik

2) psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatishning boshqa shakllari - masalan, psixoaktiv moddalarga, shu jumladan alkogolga qaramlik sindromida boshqa psixoaktiv moddani yoki o'ziga xos dori vositasini ishlatish bilan kuzatilganda.

Polinarkomaniyada bir nechta kombinatsiyalar bo'lishi mumkin, ko'pincha bir nechta psixoaktiv moddalarga qaramlik sindromini aniq tashxislashni qiyin (ya'ni, polinarkomaniyani), ammo terapevtik taktika uchun qo'llanilish usulini, rivojlangan sindrom og'irlik darajasini va uning mumkin bo'lgan variantlari tushunish kerak. Ko'rinib turibdiki, amaliyotda uchraydigan

polinarkomaniya shakllari va kombinatsiyalari xilma-xilligi tufayli, bu bo'lim XKT-11 va DSM-V tasniflash tizimlaridan olib tashlandi [14-15], agarda psixofaol moddalarni ishlatish bilan bog'liq har bir holatni alohida ko'rsatib o'tilganda edi, shifokor uchun bu ma'lumotlar to'g'ri, aniqroq va ma'lumotliroq bo'lardi. Ushbu tasnifdagi F19 sarlavhasi "anabolik steroidlar, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar, kortizol, antiparkinsoniy va antigistaminlar, azot oksidi, amil-, butil-yoki izobutil-nitril. , betel yong'og'i, kava, katinonlar, shuningdek boshqa noma'lum, hali aniqlanmagan moddalar " kabi boshqa noma'lum psixofaol moddalarga qaramlilik sindromini ko'rib chiqishni taklif qiladi [15].

Yuzaga kelgan qaramlik sindromi bo'lgan bemorlar uchun davolashning bemorlar salomatligini tiklashga va mustahkamlashga qaratilgan protseduralar majmuasi tizimiga to'liq integratsiyalangan uchinchi darajali (modifikatsiya) profilaktika choralari eng muhim rol o'ynaydi. Shu bilan birga, modifikatsion profilaktika va davolash jarayonining asosiy vazifalari (kasallikning keyingi rivojlanishining oldini olish, zararli oqibatlarini kamaytirish, qaytalanishning oldini olish) bir -biriga to'g'ri keladi va aslida bitta jarayonning bo'g'inlari -davolash va rehabilitatsiya hisoblanadi.

Bir nechta psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatish natijasida yuzaga keladigan polinarkomaniyalarni davolash masalalari murakkabligi va hali kam ilmiy o'rganilganligi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda. Bugungi kunga kelib, narkologik bemorlarni davolash uchun ko'plab zamonaviy, hatto istiqbolli tuyulgan dorilar ishlab chiqilgan hamda o'rganilgan. Biroq vaqt o'tishi bilan narkologik kasalliklarni terapiyasi uchun tavsiya qilingan standartlar va davolash usullari o'zgarib bormoqda, shu sababli yuqoridagi zamonaviy dorilar ham o'z dolzarbligini yo'qotmoqda [16]. Hozirgi vaqtda giyohvandlikka qarshi farmakologik davolash usullarining aksariyati, ko'p vaqt talab qilmoqda va o'rtacha samaradorlikni ko'rsatmoqda. Shunday qilib, yangi davolash strategiyasini ishlab chiqish, shu jumladan yangi dorilar, ularning kombinatsiyalarini qo'llash orqali ta'sir samaradorligini baholash uchun turli xil biomarkerlardan foydalanish hamon muhimdir [17]. Agar bemor polinarkomaniyadan aziyat cheksa yoki bir nechta psixoaktiv moddalarni ishlatssa, bu holatda bir vaqtning o'zida yoki ketma -ket ishlatilgan har bir psixoaktiv moddaga bog'liq bo'lgan, o'z samaradorligini ko'rsatgan davolash usullarini qo'llashdan boshqa yo'l yo'q.

Terapevtik taktikaning sifatini bir butun yaxlitlikda tushunish uchun, berilgan tavsiyalarda dalillar ishonchliligi darajasini baholash uchun reyting sxemalari qo'llaniladi.

KLINIK DIAGNOSTIKASI. Bir nechta psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatish kasallikning umumiy klinik ko'rinishiga ta'sir qiladi hamda jiddiyroq tibbiy va ijtimoiy oqibatlarga olib keladi. Psixoaktiv moddalarni qo'llash tartibi jinsga, yoshga va ko'pincha ijtimoiy mavqega bog'liq. Bir psixoaktiv moddaga qaramlilik sharoitida, boshqa psixoaktiv moddalarga qaramlik tez shakllanadi. Bunday holatlarda kasallikning tashxislash belgisi bu psixoaktiv moddaga rivojlangan ruhiy qaramliliikdir - boshqa psixoaktiv moddaga patologik qaramlilik, avvalgisiga o'xshab aniq ifodalangan bo'ladi. Kasallik dinamikasida barqaror, uzoq muddatli remissiyaning shakllanishi qiyin va imkonsizdir. Bemorlarda psixoaktiv moddalarni qabul qilish doimiy bo'lib qoladi: bemor, qoida tariqasida, intoksikatsiyadan tashqarida yashay olmaydi.

Spirтли ichimliklar va opioidlarni birgalikda qo'llash klinik amaliyotda keng tarqalgan. Ko'pincha, opioidlarning birinchi marotaba qo'llanilishii abstinents (xumor tutishi) sindromini yengillashtirish maqsadida amalga oshiriladi va bu - "vikar foydalanish" deb ataladi. Yana bir keng tarqalgan variant – remissiya paytida psixoaktiv moddalardan foydalanish. Patologik ishtiyoqning kuchayishi zahirida, masalan, opioidlar uchun, bemor spirтли ichimliklar kabi boshqa psixoaktiv moddalarni qabul qilib, bu ishtiyoqni qondirishga harakat qiladi.

Alkogol va kokainni yoki boshqa psixostimulyatorlarni birgalikda ishlatish. Kokain yoki boshqa psixostimulyatorlarga qaram bo'lgan bemorlar ko'pincha kasallik paytida spirтли ichimliklarni iste'mol qilishga o'tishadi. Bu bemorlarda kokain yoki boshqa psixostimulyatorlarning "bekor qilish" sindromini "yumshatish" ga urinishlar bilan bog'liq. Kokain va alkogoldan birgalikda foydalanish Yevropa mamlakatlari va Qo'shma Shtatlar uchun ko'proq xosdir: giyohvandlikka chalinganlarning 50-90 foizida alkogolga qaramlik tashxisini qo'yish mumkin [18]. Rossiyada va

MDH davlatlarida kokainga qaramlilik unchalik keng tarqalgan emas, lekin alkogolli bemorlar tomonidan psixostimulyatorlardan foydalanish klinik amaliyotda juda keng tarqalgan [19-20]. Zamonaviy narkologiyada obemorlar orasida pioidlar va psixostimulyatorlardan (kokain, amfetaminlar) birgalikda foydalanish keng tarqalgan variant hisoblanadi. Opioidga moyil bo'lgan bemorlar, yangicha va o'zgacha hissiyotlar izlab, ikkita dori ta'sirini boshdan kechirishni xohlagan holda ("belanchak" deb ataladigan) yoki opiyni abstinent sindromi jarayonini yengillashtirish maqsadida, psixostimulyatorlardan foydalanishni boshlaydilar [2].

Spirтли ichimliklar va uyqu tabletkalari, tinchlantiruvchi vositalarni birgalikda ishlatish. Alkogolizmga chalingan bemorlarda gipnoz-sedativ dorilarga qaramlilikni rivojlanishining asosiy sabablari intoksikatsion eyforiyani kuchaytirish istagi yoki spirтли ichimliklarni abstinent sindromini yumshatishdir.

Opioidlar va gipnotik-sedativlarni birgalikda qo'llash. Opioidlarga qaramlik shakllangan bemorlarda gipnoz-sedativ dorilarni birgalikda ishlatishga o'tishning sababi, opiatlarni alohida qabul qilingan holda eyforiyani kuchaytirishdir. Birinchi sinovlarda tinchlantiruvchi-gipnotiklarning qo'shilishi nafaqat eyforiyani yengillashtirishga, balki opioidlarning dozasini kamaytirishga ham imkon beradi [2].

Kannabinoidlar, sintetik kannabinoidlar ("ziravorlar") va boshqa sirt faol moddalarni birgalikda ishlatish. Ko'pchilikka ma'lum bo'lgan giyohvandlik variantlarining shakllanishi kannabinoidlarning birinchi marotaba qabul qilishdan boshlanadi. Kannabinoidlarga qaramlik anchadan beri shakllanib kelganligi sababli, kannabinoidlardan foydalanish zararlari yoki ularga qaramlilik allaqachon shakllanganligini aniqlash qiyin. Sintetik kannabinoidlar "ziravorlar" chekish yoshlar orasida keng tarqalgan. Sintetik kannabinoidlarga qaramlikning shakllanishi, odatda, PAMga qaramlilik sindromining shakllanishining umumiy qonuniyatlariga mos keladi.

Laboratoriya diagnostikasi. Hozirgi vaqtda diagnostik maqsadlarda spirтли ichimliklarni iste'mol qilishning quyidagi biomarkerlaridan foydalaniladi: aspartat aminotransferaza (AST), alanin aminotransferaza (ALT), gamma-glutamil transferaza (gamma-HT), o'rtacha eritrotsitlar miqdori (MCV) va uglevod -defitsitar transferrin (UDT, CDT).), AcT /AIT nisbati va MCV [2,19-24].

PSIXOAKTIV MODDALARNI IMMUNOFERMENT ANALIZ USULI YORDAMIDA ANIQLASH

1 – jadval

Psixoaktiv modda	IFA orqali PAMni aniqlash muudati davomiyligi
mfetaminlar	2 – 3 kun
Fensikloidlar	7 – 14 kun davomida
Kannabioidlar	Qabul qilish xarakteriga ko'ra: - birinchi marta qabul qilganda – 3 – 4 kun ichida - haftasiga uzilish bilan 3 – 4 mahal qabul qilganda – 5 – 7 kun - sistematik qabul qilganda – 10 – 15 kun davomida - qisqa muddat ta'sir etuvchilari – 3 kun gacha uzoq ta'sir etuvchilari – 30 kungacha
Benzodiazepinlar	epizodik qabul qilinganda 2 – 3 kungacha sistematik qabul qilinganda 8 kungacha
Kokain	
Opioidlar	2 – 3 kungacha

Boshqa psixoaktiv moddalarni laboratoriya diagnostikasida ikkita asosiy test turi qo'llaniladi: immunologik tahlil (IFA) va xromatografiya (gaz xromatografiyasi (GC), mass -spektrometriya (MS) yoki yuqori samarali suyuq xromatografiya (HPLC)). IFA oddiy skrining usuli sifatida soddaligi va arzonligi tufayli ishlatiladi, xromatografiya usuli esa murakkab diagnostik holatlarda, IFA natijalarini tasdiqlash va yuqori aniqlikdagi natijalarni olish uchun ishlatiladi [21,25-27]. Har bir psixoaktiv moddaning siydikda IFA usuli bilan aniqlanish muddati bor [21,26-27] (1 -jadval).

FARMAKOLOGIK DAVOLASH TAMOYILLARI. PAM ga qaramlilik sindromi retsidivlanuvchi xarakterga ega bo'lgan surunkali kasallik bo'lgani uchun, davolanish muvaffaqiyatning kaliti uzoq muddat tayanch terapiyani olib borish va jarayonga nisbatan individual yondoshish hisoblanadi.

Psixoaktiv moddalarga patologik qaramlilik sindromini bartaraf etish - muammoni hal qilishning eng qiyin va muammoli tomonidir. Bu tizimli murakkab sindrom bo'lib o'z ichiga affektiv, xulq – atvor, vegetative, irodaviy sustlik va ba'zan hissiyot buzilishlarini o'z ichiga oladi. Kasallikning ushbu strukturasi miyaning ko'plab neyrottransmitter tizimlari ishtirok etadigan (adrenergik, dopaminerjik, serotoninergik, endogen opiatlar va glutamat retseptorlari tizimi va ehtimol boshqalar) murakkab patogenezdin iborat ekanligini ko'rsatadi. Bu narkotik moddalarning ba'zi turlarini, shu jumladan psixotrop larni qo'llash zarurligini taqozo qiladi. Kasallikning patogenezi haqidagi to'plangan ma'lumotlar, shuningdek, giyohvandlik va alkogolizm bilan og'rigan bemorlar bilan bo'lgan amaliy tajriba asosida ishonch bilan aytishimiz mumkinki, antidepressantlar, antipsixotiklar, antikonvulsantlarni individual - differensial va to'g'ri ishlatish barqaror va uzoq muddatli remissiyani yuzaga kelishtiradi [2]. Narkologik patologiyani davolashda, klinik tadqiqotlari davom etayotganiga qaramay, turli guruhga mansub psixotrop dori vositalari klinik amaliyotda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda [2,28-30]

Spirтли ichimliklar va opioid larni birgalikda ishlatilganda yuzaga keladigan qaramlilik sindromini davolash, opioid larni qo'llash natijasida kelib chiqqan qaramlilik sindromini davolash taktikasi bilan amalga oshirish tavsiya etiladi [2,30-31]. “Bekor qilish” sindromi bartaraf etilgach, uzoq ta'sir qiluvchi opioid retseptorlari blokatorlari - naltreksonni buyurish tavsiya etiladi [28,32-44]. Opioidlar va spirтли ichimliklarni birgalikda ishlatish natijasida kelib chiqadigan qaramlilik sindromi uchun disulfiram tavsiya etiladi [2,30-31]

Alkogol va kokainni, boshqa psixostimulyator larni birgalikda ishlatilish holati. Aralash abstinent sindromini bartaraf etish uchun alkogol – abstinent sindromini bartaraf etish davolash protokoli qo'llaniladi. Abstinensiyadan keying buzilishlar va remissiya bosqichida, birinchidan, disulfiram tayinlanishi, ikkinchidan, disulfiram va naltreksondan birgalikda foydalanish tasdiqlangan bo'lib, samarali klinik amaliyotlar mavjud [45-47].

Opioidlar va psixostimulyatorlardan (kokain, amfetaminlar) birgalikda qo'llanilishining davolash taktikasi. Chet el amaliyotida (Yevropa mamlakatlari, AQSh, Kanada va boshqalar) opioidlar va psixostimulyator larni birgalikda ishlatadigan bemorlarga opioid retseptorlari agonist lari bilan bir qatorda to'g'ridan -to'g'ri kokain ishlatiladi [30]. Disulfiramni kuniga 250 mg dozada almashtirib qo'llash terapevtik taktikasidan foydalanish kokain iste'molining sezilarli kamayishini ko'rsatdi [48]. Bugungi kunda kokainga qarshi vaksinadan foydalanish inarkologik terapiyada istiqbolli davolash metodikasi sifatida ko'riladi [49].

Opioidlar va psixostimulyatorlardan xaotik tarzda foydalanilganda, opiyli abstinent sindromining terapiyasini davolashning muxim bir qismi deb bilish kerak. “Chiqib ketish” sindromi bartaraf etilgandan so'ng, opioid retseptorlari blokatorlari, disulfiram yoki ularning kombinatsiyasi buyuriladi [2].

Spirтли ichimliklar va uyqu tabletkalari, tinchlantiruvchi vositalarni birgalikda ishlatish qaramlilikini davolash. Ushbu holatlarning aksariyatida davolanish muammolari detoksikatsiya bilan bog'liq. Uyqu chaqiruvchi va tinchlantiruvchi dorilarning dozalariga qarab, dozani bosqichma -bosqich kamaytirish bilan trankvilizatorlar yordamida individual terapevtik rejim tanlanadi. Muqobil davolash rejimi - karbamazepin yoki valproat kislota preparat larni qo'llash hisoblanadi.

Опиоидлар ва гипнотик-седативларни бирgalikda qo'llash tufayli yuzga kelgan qaramlilikni davolash. Ko'p hollarda davolashdagi qiyinchiliklar detoksikatsiya bilan bog'liq. Qiyosiy tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatdiki, kompleks davolash detoksikatsiya samaradorligini oshiradi, xususan, asosiy terapiya rejimlariga karbamazepin qo'shiladi [30]. Abstinensiyadan keyingi bosqichlarda opioid bilan bog'liq giyohvandlikni davolash protokollari qo'llaniladi.

Har xil psixoaktiv moddalar va kannabinoidlardan birgalikda foydalanish. Hozirgacha kannabinoidlarga qaramlik uchun maxsus terapiya yo'qligi sababli, davolanish boshqa psixoaktiv moddalarga mos keladigan protokollarga muvofiq amalga oshiriladi.

XULOSA. Bir vaqtning o'zida bir nechta psixoaktiv moddalarni qo'llash kasallikning klinik ko'rinishini og'irlashtiradi, bu esa differentsial diagnostik qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Dalillarga asoslangan klinik ko'rsatmalar - remissiya sifatini yaxshilash va har xil turdagi psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatganda bemorlarda residivlarning oldini olish, psixiatr-narkologlar tomonidan keng foydalanishga mo'ljallangan.

PAM tarkibini siydikning birlamchi skrinigida IFA o'tkazish tavsiya etiladi, IFA musbat natijalarini GC / MS yoki HPLC bilan tasdiqlash tavsiya etiladi [21,26-27].

Tez -tez ishlatiladigan psixoaktiv moddalarni aniqlash uchun opioidlar panelini kengaytirish tavsiya etiladi: fentanil, gidrokodon, metadon, oksikodon, buprenorfin, tramadol [21,26-27].

Bir nechta psixoaktiv moddalarni birgalikda ishlatganda, har bir PAMga bog'liq holda samaradorligini ko'rsatgan davolash usullari (yoki protokollari) qo'llaniladi; ular bir vaqtning o'zida yoki ketma -ket qo'llaniladi [2,30].

Giyohvandlik sindromini davolashda antidepressantlar, antikonvulsantlar, antipsixotiklar, nootropiklar kabi qo'shimcha farmakoterapevtik vositalarni qo'llashni individual tarzda ko'rib chiqish tavsiya etiladi [2,30].

Abstinent sindromi to'xtatilgandan keyin opioidlar va spirtli ichimliklarni birgalikda ishlatganda, uzoq ta'sir etuvchi opioid retseptorlari blokatorlarini – naltrekson, disulfiram buyurish tavsiya etiladi, yoki naltrekson + disulfiram bilan birgalikda tavsiya etiladi [30,35,36].

Psixostimulyatorlar va spirtli ichimliklarni birgalikda ishlatganda, disulfiram yoki naltreksonni disulfiram bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi [45,46,47].

Psixostimulyatorlar va opioidlarni birgalikda qo'llash bilan disulfiram yoki naltreksonni disulfiram bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi [2,48].

Литература/References / Adabiyotlar:

1. UNODC, World drug report 2013. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations; 2013. 151 p. ISBN: 978-92-1-056168-6. <https://doi.org/10.1111/dar.12110>
2. Наркология: национальное руководство. Национальное руководство. Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. 2-е изд., перераб. и доп. М. 2016;944
3. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013– 2014 годах Статистический сборник. М. 2015;142.
4. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014—2015 годах. Статистический сборник. М. 2016;182.
5. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015—2016 годах. Статистический сборник. М. 2017;183.
6. Fernandez-Calderon D, Fernandez F, Ruis-Curado S, et al. Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: link to social, medical and psychiatric characteristics. Drug Alcohol Depend. 2015 Apr;149:31-39.

7. Fong C, Mautusow H, et al. Characteristics of non-opioid substance misusers among patients enrolling in opioid treatment programs: a latent class analysis. *J Addict Dis.* 2015;34(2-3):141-150.
8. Kokkevi A, Kanavou E, Richardson C, et al. Polydrug use by European adolescents in the context of other problem behaviors. *J Nordic studies on alcohol and drugs.* 2014 Oct;21(4). Accessed 25.11.2017. <https://doi.org/article/747bb81476a44101b2891af082b894d2>
9. Fatseas M, Herrmic H, Serre F, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res.* 2016 Dec 30;246:656-662. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.071>
10. Mueller TI, Goldenberg IM, Gordon AL, et al. Benzodiazepine use in anxiety disordered patients with and without a history of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1996;57(2):83-89.
11. Frisher M, Crome I, Martino O, Croft P. Assessing the impact of cannabis use on trends in diagnosed schizophrenia in the United Kingdom from 1996 to 2005. *Schizophr Res.* 2005.
12. Wilk JE, West JC, Narrow WE, Rae DS, Regier DA. Access to psychiatrists in the public sector and in managed health plans. *Psychiatr Serv.* 2005 Apr;56(4):408-410. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.408>
13. Чашина О.А. Распространенность, клиническая динамика и профилактика синдрома зависимости от психоактивных веществ у лиц с коморбидными психическими расстройствами: Дис.канд.мед.наук. Томск. 2011;265.
14. Classifications. Accessed 25.11.2017 <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
15. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders — classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15.
16. Shactzberg AE, Cole JO, Debattista C. Manual of clinical psychopharmacology. American Psychiatric Publishing Inc. 2014;744.
17. Quednow BB, Herdener M. Human pharmacology for addiction medicine: from evidence to clinical recommendations. *Prog Brain Res.* 2016;224:227-250 <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.07.017>
18. Lacoste J, Pedrera-Melgire M, Charles-Nicolas A, Ballon N. Cocaine and alcohol: a risky association. Accessed 25.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19631491>
19. Alcoholism Workup. Laboratory Studies. Accessed 25.11.2017. <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#c6>
20. Muñiz-Hernández S, Velázquez-Fernández J B, Díaz-Chávez J, López-Sánchez R C, Hernández J A, et al. Alcoholism: common and oxidative damage biomarkers. *J Clin Toxicol.* 2014;7:S7-006. Accessed 25.11.2017 <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0495.S7-006>
21. Standridge JB, Adams SM, Zotos AP. Urine drug screening: a valuable office procedure. *American Family Physician.* 2010 Mar 1;81(5):635-640.
22. Hannuksela ML, Liisanantti MK, Nissinen AE, Savolainen MJ. Biochemical markers of alcoholism. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(8):953-961. <https://doi.org/10.1515/CCLM.2007.190>
23. Niemelä O. Biomarkers in alcoholism. *Clin Chim Acta.* 2007 Feb;377(1- 2):39-49.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. US Department of Health and Human Services. 2006 September. Accessed 25.11.2017. <http://kap.samsha.gov/>
25. Jaffe AJ. Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:1044-1053.
26. Moeller KE, Lee KC, Kissack JC. Urine drug screening: practical guide for clinicians [published correction appears in *Mayo Clin Proc.* 2008;83(7):851;2008;83(1):66-76.
27. US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. Urine specimen collection handbook for federal agency workplace drug testing programs. November 2004. Accessed 25.11.2017.
28. Крупицкий Е.М. Двойное слепое рандомизированное контролируемое плацебо-исследование эффективности применения налтрексона и флуоксетина для стабилизации

- ремиссий у больных героиновой наркоманией. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. (Наркология). 2009;1:28-36.
29. Krupitsky EM, et al. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment*. 2006;31:319-328.
 30. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ, et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. Accessed 25.11.2017. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324>
 31. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М. 2003;199-202.
 32. Крупицкий Е.М. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2003;10:2:23-30.
 33. Крупицкий Е.М. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. *Вопросы наркологии*. 2005;3:24-35.
 34. Крупицкий Е.М., Блохина Е.А. Применение пролонгированных форм налтрексона для лечения зависимости от опиатов. *Вопросы наркологии*. 2010;4:32-43
 35. Brewer C, Krupitsky E. Antagonists for the treatment of opioid dependence. In: *Interventions for addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders*. Elsevier inc. San Diego: Academic press. 2013;427-438.
 36. Krupitsky E, Zvartau E, Woody G. Use of different drug formulations of opioid antagonist (naltrexone) to treat opioid dependence in Russia. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. Eds. el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M. Springer-Verlag. 2015;521-530. ISBN: 978-88-470-5321-2 (Print), 978-88-470-5322-9 (Online).
 37. Krupitsky EM. A double-blind, placebo-controlled clinical trial of naltrexone for heroin addiction and HIV risk reduction in Russia. *NIDA satellite sessions with the XIV international AIDS conference*. Barcelona, Spain, 2002 July 7-11;86-89.
 38. Krupitsky EM. Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment*. 2004;26:285-294.
 39. Krupitsky E. Addiction treatment in Russia. *Lancet*. 2010 Oct 2;376(9747): 1145. PubMed PMID: 20888988. Comment on: *Lancet*. 2010 Jul 3;376 (9734):13-14.
 40. Krupitsky EM. Prevention of suicide by naltrexone in a recently detoxified heroin addict. *European addiction research*. 2001;7(2):87-88.
 41. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Новая пролонгированная форма налтрексона — «продетоксон, таблетки для имплантации» в комплексной терапии больных с зависимостью от опиатов. *Вопросы наркологии*. 2005;3:3-13
 42. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения вивитрола (налтрексон длительного действия) в зарубежной практике. *Вопросы наркологии*. 2008;6:73-85.
 43. Minozzi S, Amato L, Vecchi S. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;4:CD001333. Accessed 25.11.2017.
 44. NICE — National Institute for Health and Clinical Excellence (2007d) Naltrexone for the management of opioid dependence: NICE technology appraisal guidance 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Accessed 25.11.2017.
 45. Carroll KM, Nich C, Ball SA. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*. 1998;93:713-728.

46. Baker JR, Jatlow P, McCance-Katz EF. Disulfiram effects on responses to Intravenous cocaine administration. *Drug Alcohol Depend.* 2007;87:202- 209.
47. Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. *Addict Behav.* 2008a;33:651-667.
48. Petrakis IL, Carroll KM, Nich C, et al. Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. *Addiction.* 2000; 95:219-228.
49. Martell BA, Orson FM, Poling J. Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:1116-1123

UDC: 614.253.5:613.6.06

MANIFESTATIONS OF BURNOUT SYNDROME IN LISTENERS OF NURSING ADVANCED TRAINING COURSES

**¹Khaydarov N.K., ²Ramanova D.Yu., ²Usmanbekova G.K.
Tashkent state dental institute**

¹MD, Head of the Department of Nervous Diseases and Physiotherapy (TSDI)

²Assistant of the Department of advanced training of secondary medical personnel (TSDI)

³Head of the Department of Advanced Training of secondary medical workers (TSDI)

ABSTRACT

Over the years, the number of nurses suffering from burnout has increased, possibly negatively affecting patient care, the work environment, and staff shortages. This article is devoted to the problem of development of burnout syndrome in nursing staff. The authors analyzed the literature data on the topic chosen by the authors, studied the history of this phenomenon, risk factors, identified the causes, and studied preventive measures of mental stress in nurses to prevent clinical manifestations and development of the syndrome.

The purpose of the study: to identify the main problems associated with burnout in nurses, to develop preventive measures.

Research methods: logical and psychological analysis of the literature on the problem under study, sociological survey, statistical analysis, methods of psychological support. The sample consisted of online participants of professional development courses, i.e. nurses (36) from various medical institutions.

Results: it was found that 58.3% of nurses suffer from emotional exhaustion, which creates certain obstacles when they do their housework after work. 61.1% of respondents suffered from insomnia due to work-related problems, which in turn, caused drowsiness in nurses during the next working day, preventing them from fully and actively engaged in their activities. 66.6% of workers complained of headaches, neck and shoulder pains.

Conclusion: Emotional states such as fatigue, weakness, nervousness can lead to BS and to a decrease in the professional motivation of nurses. Occupational stress factors led to the development of health problems. From the presence of such bad habits as Smoking and excessive coffee consumption, it can be concluded that nurses do not lead a healthy lifestyle and have a tendency to burnout syndrome.

**ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У
СЛУШАТЕЛЕЙ КУРСОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
СЕСТЕР**